

3.3 Tracciato tabella A (contenente i dati anagrafici e socio-demografici sui genitori)

POS.	CAMPO	TIPO	LUNG.	VINC.	CODIFICA E NOTE	SINTESI CONTROLLI SCARTANTI
1	AZ. USL/AZ. OSP (DI EVENTO)	AN	3	OBB V	Codice dell'Azienda USL territorialmente competente oppure codice dell'Azienda Ospedaliera in base ad Anagrafe regionale delle Strutture sanitarie e socio-sanitarie.	- VALORIZZATO - VALIDO
4	CODICE PRESIDIO	AN	6	OBB V	Codice HSP 11, in base ad Anagrafe regionale delle Strutture sanitarie e socio-sanitarie. Nel caso di parto a domicilio (programmato) o in casa di maternità, in sostituzione del codice presidio si riporti il codice 080999.	- VALORIZZATO - VALIDO - COERENTE CON CAMPO PRECEDENTE
10	SUB CODICE STABILIMENTO	AN	2	OBB	Codice HSP11bis, in base ad Anagrafe regionale delle Strutture sanitarie e socio-sanitarie. Obbligatorio in caso di Presidio comprensivo di più stabilimenti.	
12	NUMERO DI SCHEDA PARTO	AN	10	OBB V	Numero univoco su base annua all'interno dell'Azienda USL/Azienda Osp., Cod. Presidio e Subcodice Stabilimento. Composto da 4 numeri per l'anno seguiti da 6 numeri per il progressivo.	- VALORIZZATO - CARATTERI NUMERICI - PARTE PROGRESSIVO >0
22	COMUNE DI EVENTO	AN	6	OBB V	Codice ISTAT (*) (primi <u>3 caratteri</u> per la Provincia e ulteriori <u>3 caratteri</u> per il singolo Comune della Provincia).	- VALORIZZATO - VALIDO IN TCMNOS
28	PRIVACY	AN	1	OBB V	Valori ammessi: 1. normale conferimento dei dati personali 2. donna che non vuole fornire dati personali per mancato riconoscimento figlio 3. donna che non vuole fornire dati personali per altri motivi In caso di risposta 2 o 3, non vanno valorizzati i seguenti campi relativi alla madre: N° riferimento SDO, Codice fiscale, Data di nascita, Comune di nascita e Comune di residenza.	- VALORIZZATO - VALIDO
29	N° RIFERIMENTO SDO MADRE	AN	8	OBB	Indicare il n° della Scheda di Dimissione Ospedaliera della madre per il ricovero relativo al parto (2 cifre identificative dell'anno + 6 cifre del progressivo). Obbligatorio se il parto è avvenuto in un istituto di cura, salvo il caso di donna che non vuole fornire dati personali (Privacy = 2 o 3).	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - CARATTERI NUMERICI
37	CODICE FISCALE DELLA MADRE	AN	16	OBB	Codice fiscale oppure codice STP o ENI o PSU o AS (per le varie tipologie di stranieri temporaneamente presenti). Obbligatorio, salvo il caso di donna che non vuole fornire dati personali (Privacy = 2 o 3). Il CF non deve essere calcolato (va riportato quello rilasciato dal Ministero Economia e Finanze o riportato sulla Tessera Sanitaria).	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO - DI PERSONA DI SESSO FEMMINILE - COERENTE CON DATA E COMUNE DI NASCITA - CODICE STP-ENI-PSU-AS COERENTE CON RESIDENZA
53	DATA DI NASCITA DELLA MADRE	AN	8	OBB	Formato <u>ggmmaaaa</u> Obbligatorio, salvo il caso di donna che non vuole fornire dati personali (Privacy = 2 o 3).	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO E COERENTE CON CF - 12<=ETA'-ANNO<=65
61	CITTADINANZA DELLA MADRE	AN	3	OBB V	Codice ISTAT a 3 cifre dello Stato di cittadinanza (*). Per le cittadine italiane codificare 100. Per le apolidi codificare 999.	- VALORIZZATO - VALIDO - CARATTERI NUMERICI
64	COMUNE DI NASCITA DELLA MADRE	AN	6	OBB	Codice ISTAT del comune di nascita (*). Nel caso di madre nata in Paese straniero, indicare 999 più il codice a tre cifre dello Stato Estero. Obbligatorio, salvo il caso di donna che non vuole fornire dati personali (Privacy = 2 o 3).	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO E COERENTE CON CF
70	COMUNE DI RESIDENZA DELLA MADRE	AN	6	OBB	Codice ISTAT del comune di residenza (*). Nel caso di madre residente in Paese straniero, indicare 999 seguito dalle tre cifre del codice dello Stato Estero (*). Nel caso di madre senza fissa dimora codificare 999999. Obbligatorio, salvo il caso di donna che non vuole fornire dati personali (Privacy = 2 o 3).	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO - COMUNE "NON CESSATO"
76	REGIONE E AUSL DI RESIDENZA DELLA MADRE	AN	6	FAC	Codice identificativo della Regione (<u>3 caratteri</u>) e dell'Azienda USL di residenza (<u>3 caratteri</u>).	- SE VALORIZZATO, VALIDO
82	STATO CIVILE DELLA MADRE	AN	1	OBB V	Valori ammessi: 1. nubile 2. coniugata 3. separata 4. divorziata 5. vedova 6. non dichiarato	- VALORIZZATO - VALIDO

83	DATA DI MATRIMONIO	AN	6	FAC	Indicare mese ed anno dell'unico o ultimo matrimonio in formato <i>mmaaaa</i> .	SE VALORIZZATO, VALIDO
89	DATA DI NASCITA DEL PADRE	AN	8	FAC	<u>Formato ggmmaaaa.</u>	SE VALORIZZATO, VALIDO
97	CITTADINANZA DEL PADRE	AN	3	FAC	Codice ISTAT a 3 cifre dello Stato di cittadinanza (*). Per i cittadini italiani codificare 100. Per gli apolidi codificare 999.	SE VALORIZZATO, VALIDO
100	COMUNE DI NASCITA DEL PADRE	AN	6	FAC	Codice ISTAT del comune di nascita (*). Nel caso di padre nato in Paese straniero, indicare 999 più il codice a tre cifre dello Stato Estero.	SE VALORIZZATO, VALIDO
106	TITOLO DI STUDIO DELLA MADRE	AN	1	OBB V	Valori ammessi: 1. laurea 2. diploma universitario 3. diploma di scuola media superiore 4. diploma di scuola media inferiore 5. licenza elementare o nessun titolo	- VALORIZZATO - VALIDO
107	CONDIZIONE PROFESSIONALE/ NON PROFESSIONALE DELLA MADRE	AN	3	FAC	Codice a <u>3 caratteri</u> per individuare: la condizione professionale (<i>I cifra</i>), la posizione nella professione (<i>II cifra</i>) ed il ramo di attività economica (<i>III cifra</i>). La II e la III cifra vanno compilate solo nel caso in cui la I cifra sia =1 (occupata). <u>I cifra</u> : 1. occupata 2. disoccupata 3. in cerca di prima occupazione 4. studentessa 5. casalinga 6. altra condizione (ritirata dal lavoro, inabile, ecc) <u>II cifra (se occupata)</u> : 1. imprenditrice o libera professionista 2. altra lavoratrice autonoma 3. lavoratrice dipendente: dirigente o direttiva 4. lavoratrice dipendente: impiegata 5. lavoratrice dipendente: operaia 6. altra lavoratrice dipendente <u>III cifra (se occupata)</u> : 1. agricoltura, caccia e pesca 2. industria 3. commercio, pubblici servizi, alberghi 4. pubblica amministrazione 5. altri servizi privati	SE VALORIZZATO, VALIDO
110	TITOLO DI STUDIO DEL PADRE	AN	1	FAC	Valori ammessi: 1. laurea 2. diploma universitario 3. diploma di scuola media superiore 4. diploma di scuola media inferiore 5. licenza elementare o nessun titolo	SE VALORIZZATO, VALIDO

111	CONDIZIONE PROFESSIONALE/ NON PROFESSIONALE DEL PADRE	AN	3	FAC	Codice a <u>3 caratteri</u> per individuare: la condizione professionale (<i>I cifra</i>), la posizione nella professione (<i>II cifra</i>) ed il ramo di attività economica (<i>III cifra</i>). La II e la III cifra vanno compilate solo nel caso in cui la I cifra sia =1 (occupato). <u>I cifra</u>: 1. occupato 2. disoccupato 3. in cerca di prima occupazione 4. studente 5. casalingo 6. altra condizione (ritirato dal lavoro, inabile, ecc) <u>II cifra (se occupato)</u>: 1. imprenditore o libero professionista 2. altro lavoratore autonomo 3. lavoratore dipendente: dirigente o direttivo 4. lavoratore dipendente: impiegato 5. lavoratore dipendente: operaio 6. altro lavoratore dipendente <u>III cifra (se occupato)</u>: 1. agricoltura, caccia e pesca 2. industria 3. commercio, pubblici servizi, alberghi 4. pubblica amministrazione 5. altri servizi privati	SE VALORIZZATO, VALIDO
-----	--	----	---	-----	--	------------------------

(*) I codici ISTAT dei Comuni d'Italia e degli Stati esteri sono reperibili nella tabella TCOMNOS, disponibile nella sezione Tabelle di riferimento del sito internet: <http://www.saluter.it/siseps/sanita/cedap>. Solo nei casi in cui il codice ISTAT non è presente nella tabella TCOMNOS (Comuni o Stati cessati il cui codice è stato riutilizzato per altro Comune/Stato, ad es. codice 245 dell'Unione Sovietica riutilizzato per la Russia) il campo Comune di nascita va lasciato blank (sebbene il campo sia a compilazione obbligatoria).

3.4 Tracciato tabella M (contenente le informazioni relative ai dati sensibili sulla madre)

Pos.	CAMPO	TIPO	LUNG.	VINC.	CODIFICA E NOTE	CONTROLLI SCARTANTI
1	Az. USL/Az. Osp (di evento)	AN	3	OBB V	Codice dell'Azienda USL territorialmente competente oppure codice dell'Azienda Ospedaliera in base ad Anagrafe regionale delle Strutture sanitarie e socio-sanitarie.	- VALORIZZATO - VALIDO
4	CODICE PRESIDIO	AN	6	OBB V	Codice HSP 11, in base ad Anagrafe regionale delle Strutture sanitarie e socio-sanitarie. Nel caso di parto a domicilio (programmato) o in casa di maternità, in sostituzione del codice presidio si riporta il codice 080999.	- VALORIZZATO - VALIDO - COERENTE CON CAMPO PRECEDENTE
10	SUB CODICE STABILIMENTO	AN	2	OBB	Codice HSP11bis, in base ad Anagrafe regionale delle Strutture sanitarie e socio-sanitarie. Obbligatorio in caso di Presidio comprensivo di più stabilimenti	
12	NUMERO DI SCHEDA PARTO	AN	10	OBB V	Numero univoco su base annua all'interno dell'Azienda USL/Azienda Osp., Cod. Presidio e subcodice Stabilimento. Composto da 4 numeri per l'anno seguiti da 6 numeri per il progressivo.	- VALORIZZATO - CARATTERI NUMERICI - PARTE PROGRESSIVO >0
22	PRECEDENTI CONCEPIMENTI	AN	1	OBB V	Indicare se la donna ha avuto, prima del presente parto, precedenti concepimenti: 1. SI 2. NO	- VALORIZZATO - VALIDO - COERENTE CON I 3 CAMPI SUCCESSIVI
23	SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO PARTI PRECEDENTI	N	2	OBB	Indicare il numero di parti (compresi parti con soli nati morti) avuti dalla donna precedentemente al presente. Obbligatorio se precedenti concepimenti = 1 (SI).	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - CARATTERI NUMERICI - COERENTE COL CAMPO "NUMERO DI TAGLI CESAREI"
25	SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO ABORTI SPONTANEI	N	2	FAC	Indicare il numero di eventuali aborti spontanei.	SE VALORIZZATO, NUMERICO
27	SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO I.V.G.	N	2	FAC	Indicare il numero di eventuali interruzioni volontarie della gravidanza.	SE VALORIZZATO, NUMERICO
29	SE PRECEDENTI PARTI: NUMERO NATI VIVI	N	2	FAC	Indicare il numero di nati vivi avuti dalla donna da precedenti parti.	SE VALORIZZATO, NUMERICO
31	SE PRECEDENTI PARTI: NUMERO NATI MORTI	N	2	FAC	Indicare il numero di nati morti avuti dalla donna da precedenti parti.	SE VALORIZZATO, NUMERICO
33	SE PRECEDENTI PARTI: NUMERO TAGLI CESAREI	N	2	OBB	Indicare il numero di tagli cesarei nei precedenti parti. Obbligatorio se numero parti precedenti >0.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - CARATTERI NUMERICI
35	SE PRECEDENTI PARTI: DATA ULTIMO PARTO PRECEDENTE	AN	8	FAC	Formato <u>ggmmaaaa</u> .	SE VALORIZZATO, VALIDO
43	ABITUDINE AL FUMO (DI TABACCO)	AN	2	FAC	Codice a <u>2 caratteri</u> per individuare l'abitudine al fumo della donna prima della gravidanza (<i>I cifra</i>) e l'eventuale modifica di tale abitudine durante la gravidanza (<i>II cifra</i>). La II cifra va compilata nel caso in cui la I cifra sia =1 (SI). Abitudine al fumo nei 5 anni precedenti la gravidanza (<i>I cifra</i>): 1. SI 2. NO Se SI, specificare se (<i>II cifra</i>): 1. ha smesso prima della gravidanza 2. ha smesso a inizio gravidanza 3. ha continuato a fumare in gravidanza	SE VALORIZZATO, VALIDO
45	ALTEZZA MADRE	N	3	FAC (2015) OBBV (da dati 2016)	Altezza della madre in centimetri.	- VALORIZZATO (dal 2016) - NUMERO COMPRESO TRA 100 E 250
48	PESO PREGRAVIDICO MADRE	N	3	FAC (2015) OBBV (da dati 2016)	Peso pregravidico della madre in kilogrammi.	- VALORIZZATO (dal 2016) - NUMERO COMPRESO TRA 025 E 200
51	PESO DELLA MADRE AL PARTO	N	3	FAC (2015) OBBV (da dati 2016)	Peso della madre al parto in kilogrammi.	- VALORIZZATO (dal 2016) - NUMERO COMPRESO TRA 025 E 200

54	CONSANGUINEITÀ TRA PADRE E MADRE (GRADO)	AN	1	FAC	Nel caso di consanguineità tra i genitori indicare se: 1. sono parenti di 4° grado; 2. sono parenti di 5° grado; 3. sono parenti di 6° grado. In caso di non consanguineità compilare a spazi.	SE VALORIZZATO, VALIDO
55	VISITE DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA	N	1	OBB V	Numero di visite effettuate dalla partoriente durante la gravidanza: se superiore a 9, indicare 9.	- VALORIZZATO - CARATTERI NUMERICI
56	PRIMA VISITA DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA (A SETTIMANE)	N	2	OBB	Numero di settimane "compiute" nella quale è avvenuta la prima visita nella gravidanza. Obbligatorio se visite di controllo in gravidanza >0.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - CARATTERI NUMERICI - VALORE COMPRESO TRA 02 E 44 (ESTREMI INCLUSI)
58	NUMERO DI ECOGRAFIE	N	1	FAC	Specificare il numero di ecografie effettuate in gravidanza. Se superiore a 9, indicare 9.	
59	SERVIZIO UTILIZZATO IN GRAVIDANZA	AN	1	OBB V	Indicare da chi è stata seguita prevalentemente la gravidanza: 1. consultorio familiare pubblico 2. ambulatorio ospedaliero pubblico 3. ginecologo/a o ostetrico/a privato/a (compresa attività intramoenia) 4. consultorio familiare privato 5. nessun servizio utilizzato	- VALORIZZATO - VALIDO - SE VISITE DI CONTROLLO > 0 NON PUO' ESSERE = 5.
60	CORSO DI PREPARAZIONE AL PARTO	AN	1	FAC	Indicare l'eventuale partecipazione della donna ad un corso di preparazione al parto, durante la gravidanza: 0. no, frequentato in precedente gravidanza 1. no 2. sì, presso un consultorio familiare pubblico 3. sì, presso un ospedale pubblico 4. sì, presso una struttura privata	SE VALORIZZATO, VALIDO
61	INDAGINI PRENATALI: TEST COMBINATO	AN	1	FAC	Indicare l'effettuazione: 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
62	INDAGINI PRENATALI: AMNIOCENTESI	AN	1	FAC	Indicare l'effettuazione: 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
63	INDAGINI PRENATALI: VILLOCENTESI	AN	1	FAC	Indicare l'effettuazione: 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
64	INDAGINI PRENATALI: FETOSCOPIA/FUNICOLOCENTESI	AN	1	FAC	Indicare l'effettuazione: 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
65	INDAGINI PRENATALI: ECOGRAFIA > 22 SETTIMANE	AN	1	FAC	Indicare l'effettuazione: 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
66	DECORSO E ASSISTENZA IN GRAVIDANZA	AN	1	FAC (2015) OBBV (da dati 2016)	Indicare il tipo di decorso e assistenza in gravidanza: 1. gravidanza fisiologica a conduzione ostetrica (fino al termine) 2. gravidanza fisiologica a conduzione medica 3. gravidanza patologica per condizioni pregresse o insorte in gravidanza	- VALORIZZATO (dal 2016) - VALIDO
67	DIFETTO DI ACCRESCIMENTO FETALE	AN	1	FAC	Indicare l'eventuale riscontro di difetto di accrescimento fetale: 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
68	CONCEPIMENTO CON TECNICHE DI PROCREAZIONE ASSISTITA	AN	1	FAC	Indicare se il concepimento ha avuto luogo con l'applicazione di una tecnica di procreazione medico-assistita: 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
69	SE SÌ: METODO DI PROCREAZIONE MEDICO-ASSISTITA	AN	1	FAC	Nel caso il concepimento sia avvenuto tramite l'utilizzo di tecniche di procreazione medico-assistita, specificare il metodo seguito: 1. solo trattamento farmacologico per induzione dell'ovulazione; 2. IUI (Intra Uterine Insemination) 3. GIFT (Gamete Intra Fallopian Transfer) 4. FIVET (Fertilization In Vitro and Embryo Transfer) 5. ICSI (Intra Cytoplasmatic Sperm Injection) 6. altre tecniche.	SE VALORIZZATO, VALIDO

70	DATA ULTIMA MESTRUAZIONE	AN	8	OBB	Formato <u>ggmmaaaa</u> . La valorizzazione della data dell'ultima mestruazione è preferibile rispetto al campo successivo. Almeno uno dei due campi va obbligatoriamente compilato.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - CARATTERI NUMERICI - 20<=ETA' GEST. DESUNTA<=45
78	ETÀ GESTAZIONALE STIMATA (<u>SETTIMANE COMPIUTE</u>)	N	2	OBB	Riportare l'età gestazionale stimata (in settimane compiute di amenorrea) <u>solo se</u> : - non è conosciuta la data dell'ultima mestruazione (precedente voce); - è stata effettuata una ridatazione (ecografica e/o clinica con punteggio neonatale), che ha comportato una ridefinizione dell'età gestazionale.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - CARATTERI NUMERICI - 20<=ETA' GEST.<=45
80	LUOGO DEL PARTO	AN	1	OBB V	Valori ammessi: 1. istituto di cura pubblico o privato 2. abitazione privata (parto a domicilio programmato) 3. altra struttura di assistenza (casa di maternità) 4. luogo extra-ospedaliero non programmato	- VALORIZZATO - VALIDO
81	MODALITÀ DEL TRAVAGLIO	AN	1	OBB V	Valori ammessi: 1. travaglio ad inizio spontaneo 2. travaglio indotto 3. senza travaglio (solo per tagli cesarei)	- VALORIZZATO - VALIDO - PUO' ESSERE 3 SOLO SE MODALITA' PARTO =4 - SE "TIPO INDUZIONE" VALORIZZATO E VALIDO, DEVE ESSERE=2
82	<u>SE TRAVAGLIO INDOTTO:</u> MOTIVO DI INDUZIONE	AN	1	FAC (2015) OBB (da dati 2016)	Se travaglio indotto, indicare il motivo dell'induzione: 1. gravidanza protratta 2. oligodramnios 3. rottura prematura membrane 4. patologia materna 5. patologia fetale Obbligatorio (dal 2016) se la modalità di travaglio = 2.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) (dal 2016) - VALIDO
83	<u>SE TRAVAGLIO INDOTTO:</u> TIPO DI INDUZIONE	AN	1	OBB	Se travaglio indotto, indicare il tipo di induzione: 1. prostaglandine 2. ossitocina 3. altro farmaco 4. amnioressi 5. altro metodo meccanico Obbligatorio se la modalità di travaglio = 2.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO
84	<u>SE TRAVAGLIO AD INIZIO SPONTANEO:</u> PARTO PILOTATO	AN	1	OBB	Se travaglio ad inizio spontaneo, indicare l'effettuazione di parto pilotato: 1. SI 2. NO Obbligatorio se la modalità di travaglio = 1.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO
85	CONDUZIONE DEL TRAVAGLIO	AN	1	FAC (2015) OBB (da dati 2016)	Se vi è stato travaglio, specificare se: 1. travaglio a conduzione ostetrica (non medica) 2. travaglio a conduzione medica Obbligatorio (dal 2016) se la modalità di travaglio = 1 o 2 e se Luogo parto ≠ 4.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) (dal 2016) - VALIDO
86	UTILIZZO METODICHE ANTI-DOLORE IN TRAVAGLIO	AN	1	OBB	Valori ammessi: 1. SI 2. NO Obbligatorio se la modalità di travaglio = 1 o 2.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO - COERENTE CON VALORIZZAZIONE DEI SUCCESSIVI 8 CAMPI
87	METODICHE UTILIZZATE: ANALGESIA EPIDURALE	AN	1	OBB	Indicare se utilizzata la metodica specificata. Valori ammessi: 1. SI 2. NO Obbligatorio se Utilizzo metodiche anti-dolore in travaglio = 1	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO
88	METODICHE UTILIZZATE: ALTRO TIPO DI ANALGESIA FARMACOLOGICA	AN	1	OBB	Indicare se utilizzata la metodica specificata. Valori ammessi: 1. SI 2. NO Obbligatorio se Utilizzo metodiche anti-dolore in travaglio = 1	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO
89	METODICHE UTILIZZATE: SOSTEGNO EMOTIVO DA PARTE DELL'OSTETRICA	AN	1	FAC (2015) OBB (da dati 2016)	Indicare se utilizzata la metodica specificata. Valori ammessi: 1. SI 2. NO Obbligatorio (dal 2016) se Utilizzo metodiche anti-dolore in travaglio = 1	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) (dal 2016) - VALIDO

90	METODICHE UTILIZZATE: IMMERSIONE IN ACQUA O DOCCIA IN PERIODO DILATANTE	AN	1	FAC (2015) OBB (da dati 2016)	Indicare se utilizzata la metodica specificata. Valori ammessi: 1. SI 2. NO Obbligatorio (dal 2016) se Utilizzo metodiche anti-dolore in travaglio = 1	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) (dal 2016) - VALIDO
91	METODICHE UTILIZZATE: AGOPUNTURA	AN	1	FAC (2015) OBB (da dati 2016)	Indicare se utilizzata la metodica specificata. Valori ammessi: 1. SI 2. NO Obbligatorio (dal 2016) se Utilizzo metodiche anti-dolore in travaglio = 1	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) (dal 2016) - VALIDO
92	METODICHE UTILIZZATE: DIGITOPRESSIONE	AN	1	FAC (2015) OBB (da dati 2016)	Indicare se utilizzata la metodica specificata. Valori ammessi: 1. SI 2. NO Obbligatorio (dal 2016) se Utilizzo metodiche anti-dolore in travaglio = 1	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) (dal 2016) - VALIDO
93	METODICHE UTILIZZATE: IDROPUNTURA	AN	1	FAC (2015) OBB (da dati 2016)	Indicare se utilizzata la metodica specificata. Valori ammessi: 1. SI 2. NO Obbligatorio (dal 2016) se Utilizzo metodiche anti-dolore in travaglio = 1	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) (dal 2016) - VALIDO
94	METODICHE UTILIZZATE: ALTRA METODICA NON FARMACOLOGICA	AN	1	FAC	Indicare se utilizzata altra metodica non farmacologica diversa da quelle specificate nei campi precedenti. Valori ammessi: 1. SI 2. NO	- SE VALORIZZATO, VALIDO
95	GENERE DEL PARTO	AN	1	OBB V	Valori ammessi: 1. parto semplice 2. parto plurimo	- VALORIZZATO - VALIDO - COERENTE CON NUMERO DI SCHEDE NEONATO CORRELATE
96	SE PARTO PLURIMO: NATI MASCHI	N	1	OBB	Nel caso di parto plurimo, indicare il numero nati di sesso maschile.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - CARATTERI NUMERICI
97	SE PARTO PLURIMO: NATI FEMMINE	N	1	OBB	Nel caso di parto plurimo, indicare il numero nati di sesso femminile.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - CARATTERI NUMERICI
98	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: OSTETRICA/O	AN	1	FAC	Presenza dell' ostetrica/o : 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
99	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: GINECOLOGO/A	AN	1	FAC	Presenza del ginecologo/a : 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
100	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: PEDIATRA/NEONATOLOG.	AN	1	FAC	Presenza del pediatra/neonatalogo : 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
101	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: ANESTESISTA	AN	1	FAC	Presenza dell' anestesista : 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
102	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: INFERMIERE/A NEONATALE	AN	1	FAC	Presenza dell' infermiere neonatale : 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
103	ALTRO PERSONALE PRESENTE AL PARTO: ALTRO PERSONALE SANITARIO O TECNICO	AN	1	FAC	Presenza di altro personale sanitario o tecnico : 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
104	PRESENZA IN SALA PARTO	AN	1	FAC	Indicare se in sala parto era presente una tra le persone indicate: 1. padre del neonato 2. altra persona di famiglia della partoriente 3. altra persona di fiducia della partoriente 4. nessuno	SE VALORIZZATO, VALIDO
105	EPISIOTOMIA	AN	1	FAC (2015) OBB (da dati 2016)	In caso di parto vaginale, anche operativo, indicare l'effettuazione o meno di episiotomia: 1. SI 2. NO Obbligatorio (dal 2016) se la modalità di parto ≠ 4.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) (dal 2016) - VALIDO

106	PROFILASSI RH	AN	1	FAC	Indicare l'effettuazione o meno della profilassi Rh: 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
107	RUBEO TEST	AN	1	OBB V	Indicare se la ricerca di anticorpi anti-rosolia (Rubeo test) è risultata: 1. positiva 2. negativa 3. non nota	- VALORIZZATO - VALIDO

3.5 Tracciato tabella N (contenente le informazioni relative ai dati sensibili del neonato)

Pos.	CAMPO	TIPO	LUNG.	VINC.	CODIFICA E NOTE	CONTROLLI SCARTANTI
1	AZ. USL/AZ. OSP (DI EVENTO)	AN	3	OBB V	Codice dell'Azienda USL territorialmente competente oppure codice dell'Azienda Ospedaliera in base ad Anagrafe regionale delle Strutture sanitarie e socio-sanitarie.	- VALORIZZATO - VALIDO
4	CODICE PRESIDIO	AN	6	OBB V	Codice HSP 11, in base ad Anagrafe regionale delle Strutture sanitarie e socio-sanitarie. Nel caso di parto a domicilio (programmato) o in casa di maternità, in sostituzione del codice presidio si riporti il codice 080999.	- VALORIZZATO - VALIDO - COERENTE CON CAMPO PRECEDENTE
10	SUB CODICE STABILIMENTO	AN	2	OBB	Codice HSP11bis, in base ad Anagrafe regionale delle Strutture sanitarie e socio-sanitarie. Obbligatorio in caso di Presidio comprensivo di più stabilimenti	
12	NUMERO DI SCHEDA PARTO	N	10	OBB V	Numero univoco su base annua all'interno dell'Azienda USL/Azienda Osp., Cod. Presidio e subcodice Stabilimento. Composto da 4 numeri per l'anno seguiti da 6 numeri per il progressivo.	- VALORIZZATO - CARATTERI NUMERICI - PARTE PROGRESSIVO >0
22	PROGRESSIVO SCHEDA	AN	1	OBB V	Il campo deve contenere un progressivo che rappresenta l'identificativo univoco del neonato nell'ambito del numero scheda. Va riempito anche nel caso di parto singolo.	- VALORIZZATO - CARATTERI NUMERICI - >0
23	N° RIFERIMENTO SDO NEONATO	AN	8	OBB	Indicare il n° della Scheda di Dimissione Ospedaliera del neonato per il ricovero relativo alla nascita (2 cifre identificative dell'anno + 6 cifre del progressivo). Obbligatorio se il parto è avvenuto in un istituto di cura e se Vitalità = 1	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - CARATTERI NUMERICI
31	SESSO (IN BASE A GENITALI ESTERNI)	AN	1	OBB V	Valori ammessi: 1. maschio 2. femmina 3. indeterminato	- VALORIZZATO - VALIDO
32	NUMERO D'ORDINE DEL NATO NEL PRESENTE PARTO	AN	1	OBB	Nel caso di parto plurimo indicare l'ordine di nascita; considerare anche i nati morti.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - CARATTERI NUMERICI - >0
33	PRESENTAZIONE DEL NEONATO	AN	1	OBB V	Valori ammessi: 1. vertice 2. podice 3. fronte 4. bregma 5. faccia 6. spalla	- VALORIZZATO - VALIDO
34	MODALITÀ DEL PARTO	AN	1	OBB V	Valori ammessi: 1. vaginale non operativo 2. vaginale con uso forcipe 3. vaginale con uso ventosa 4. con taglio cesareo	- VALORIZZATO - VALIDO
35	SE PARTO CESAREO: ELEZIONE	AN	1	OBB	Se parto con taglio cesareo, indicare se trattasi di cesareo: 1. elettivo 2. non elettivo Obbligatorio se modalità di parto = 4.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO
36	SE PARTO CESAREO: TRAVAGLIO	AN	1	OBB	Se parto con taglio cesareo, indicare se avvenuto: 1. in travaglio 2. fuori travaglio Obbligatorio se modalità di parto = 4.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO - SE "MODALITA' TRAVAGLIO =3, NON PUO' ESSERE =1
37	SE PARTO CESAREO: ANESTESIA	AN	1	FAC	Se parto con taglio cesareo (modalità di parto = 4), indicare il tipo di anestesia utilizzata: 1. generale 2. locoregionale centrale	SE VALORIZZATO, VALIDO
38	DATA DEL PARTO	AN	8	OBB V	Formato <u>ggmmaaaa</u> (giorno, mese, anno)	- VALORIZZATO - CARATTERI NUMERICI - VALIDO - PARTE ANNO=ANNO CONTENUTO NEL NOME DEL FILE
46	ORA E MINUTO DEL PARTO	AN	4	FAC	Formato <u>hhmm</u> (ora, minuti)	SE VALORIZZATO, VALIDO
50	PESO	N	4	OBB V	Indicare il peso del neonato in grammi.	- VALORIZZATO - CARATTERI NUMERICI - 0300<=PESO<=7000
54	LUNGHEZZA	N	2	FAC	Indicare la lunghezza del neonato in centimetri	SE VALORIZZATO, NUMERICO
56	CIRCONFERENZA CRANICA	N	2	FAC	Indicare la circonferenza cranica del neonato in centimetri	SE VALORIZZATO, NUMERICO

58	VITALITÀ	AN	1	OBB V	Valori ammessi: 1. nato vivo 2. nato morto 3. nato vivo deceduto subito dopo la nascita (senza ricovero)	- VALORIZZATO - VALIDO
59	PUNTEGGIO APGAR DOPO 5 MINUTI DALLA NASCITA	N	2	OBB	Indicare il punteggio attribuito al neonato dopo 5 minuti secondo il metodo di Apgar . Obbligatorio se vitalità =1 o 3 (nato vivo) e se Luogo del parto ≠ 4 (Luogo extra-ospedaliero non programmato)	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - CARATTERI NUMERICI - 0<=APGAR <=10
61	NECESSITÀ DI RIANIMAZIONE DEL NEONATO	AN	1	OBB	Indicare se il neonato ha avuto la necessità di interventi di rianimazione. Valori ammessi: 1. SI 2. NO Obbligatorio se vitalità = 1 o 3.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO - COERENTE CON LA VALORIZZAZIONE DEI SUCCESSIVI 5 CAMPI
62	INTERVENTI DI RIANIMAZIONE: VENTILAZIONE MANUALE	AN	1	OBB	Se Necessità di rianimazione del neonato =1, specificare se effettuato l'intervento indicato: 1. SI 2. NO Obbligatorio se Necessità di rianimazione del neonato =1.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO
63	INTERVENTI DI RIANIMAZIONE: INTUBAZIONE	AN	1	OBB	Se Necessità di rianimazione del neonato =1, specificare se effettuato l'intervento indicato: 1. SI 2. NO Obbligatorio se Necessità di rianimazione del neonato =1.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO
64	INTERVENTI DI RIANIMAZIONE: MASSAGGIO CARDIACO	AN	1	OBB	Se Necessità di rianimazione del neonato =1, specificare se effettuato l'intervento indicato: 1. SI 2. NO Obbligatorio se Necessità di rianimazione del neonato =1.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO
65	INTERVENTI DI RIANIMAZIONE: ADRENALINA	AN	1	OBB	Se Necessità di rianimazione del neonato =1, specificare se effettuato l'intervento indicato: 1. SI 2. NO Obbligatorio se Necessità di rianimazione del neonato =1.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO
66	INTERVENTI DI RIANIMAZIONE: ALTRO FARMACO	AN	1	OBB	Se Necessità di rianimazione del neonato =1, specificare se effettuato l'intervento indicato: 1. SI 2. NO Obbligatorio se Necessità di rianimazione del neonato =1.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO
67	PRESENZA DI MALFORMAZIONE	AN	1	OBB V	Indicare la presenza o meno di diagnosi di malformazione nei primi 10 giorni di vita del neonato: 1. SI 2. NO	- VALORIZZATO - VALIDO - SE "MALFORM. DIAGNOST. 1" VALORIZZATO, DEVE ESSERE =1 - SE "SESSO" =3, DEVE ESSERE =1
68	MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA PRINCIPALE DEL FETO	AN	5	FAC	Se nato morto, indicare la condizione morbosa principale del feto utilizzando il codice ICD 9 CM (omettere il punto)	SE VALORIZZATO, VALIDO
73	ALTRA MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA DEL FETO	AN	5	FAC	Indicare, se presente, altra condizione morbosa del feto utilizzando il codice ICD 9 CM (omettere il punto).	SE VALORIZZATO, VALIDO
78	MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA PRINCIPALE DELLA MADRE	AN	5	FAC	Indicare, se presente, la condizione morbosa principale materna (interessante il feto) utilizzando il codice ICD 9 CM (omettere il punto).	SE VALORIZZATO, VALIDO
83	ALTRA MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA DELLA MADRE	AN	5	FAC	Indicare, se presente, altra condizione morbosa materna (interessante il feto) utilizzando il codice ICD 9 CM (omettere il punto).	SE VALORIZZATO, VALIDO
88	ALTRA CIRCOSTANZA RILEVANTE	AN	5	FAC	Indicare, se presente, altra circostanza rilevante che, a giudizio del medico, pur non rientrando nelle voci precedenti, risulta rilevante ai fini del decesso. Codice ICD 9 CM (omettere il punto).	SE VALORIZZATO, VALIDO
93	MOMENTO DELLA MORTE	AN	1	OBB	Se nato morto, indicare se la morte è avvenuta: 1. prima del travaglio 2. durante il travaglio 3. durante il parto (periodo espulsivo) 4. momento morte sconosciuto Obbligatorio se vitalità =2 (nato morto).	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO
94	ESECUZIONE ESAMI STRUMENTALI IN CASO DI MALFORMAZIONE	AN	1	FAC	In caso di nato morto che presenta malformazioni, indicare se sono stati effettuati o meno esami strumentali: 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO

95	ESECUZIONE FOTOGRAFIE IN CASO DI MALFORMAZIONE	AN	1	FAC	In caso di nato morto che presenta malformazioni, indicare se sono state effettuate o meno fotografie: 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
96	RISCONTRO AUTOPTICO	AN	1	OBB	Se nato morto, indicare se: 1. la causa di morte individuata è stata confermata dall'autopsia; 2. il risultato dell'autopsia sarà disponibile in seguito; 3. l'autopsia non è stata richiesta; Obbligatorio se vitalità =2 (nato morto).	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO
97	MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 1	AN	5	OBB	Se presente, indicare la malformazione principale del feto utilizzando il codice ICD 9 CM (omettere il <i>punto</i>). Obbligatorio se Presenza di malformazione =1 (SI).	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO (CODICE ICD 9 CM)
102	MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 2	AN	5	FAC	Se presente, indicare altra malformazione del feto utilizzando il codice ICD 9 CM (omettere il <i>punto</i>).	SE VALORIZZATO, VALIDO
107	MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 3	AN	5	FAC	Se presente, indicare altra malformazione del feto utilizzando il codice ICD 9 CM (omettere il <i>punto</i>).	SE VALORIZZATO, VALIDO
112	CARIOTIPO DEL NATO (SE EFFETTUATO PRIMA DELLA NASCITA)	AN	40	FAC	Se effettuata, specificare per esteso la diagnosi citogenetica al fine di identificare anomalie cromosomiche numeriche e strutturali. Scrivere "normale" in caso di assenza di anomalie cromosomiche.	
152	ETÀ GESTAZIONALE ALLA DIAGNOSI DI MALFORMAZIONE	N	2	FAC	In caso di malformazione diagnosticata durante la gravidanza, indicare l'età di gestazione, <u>in settimane compiute</u> , in cui è stata fatta la diagnosi.	SE VALORIZZATO, NUMERICO < 46
154	ETÀ NEONATALE ALLA DIAGNOSI DI MALFORMAZIONE	N	2	FAC	In caso di malformazione diagnosticata nei primi 10 giorni di vita del neonato, indicare l'età neonatale, <u>in giorni compiuti</u> , in cui è stata fatta la diagnosi. Valorizzare con 0 in caso di diagnosi fatta subito dopo il parto.	SE VALORIZZATO, NUMERICO < 11
156	EVENTUALI MALFORMAZIONI FRATELLI/SORELLE	AN	1	FAC	Indicare la presenza di malformazioni in fratelli/sorelle: 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
157	EVENTUALI MALFORMAZIONI MADRE	AN	1	FAC	Indicare la presenza di malformazioni nella madre: 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
158	EVENTUALI MALFORMAZIONI PADRE	AN	1	FAC	Indicare la presenza di malformazioni nel padre: 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
159	EVENTUALI MALFORMAZIONI GENITORI MADRE	AN	1	FAC	Indicare la presenza di malformazioni nei genitori madre: 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
160	EVENTUALI MALFORMAZIONI GENITORI PADRE	AN	1	FAC	Indicare la presenza di malformazioni nei genitori padre: 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
161	EVENTUALI MALFORMAZIONI ALTRI PARENTI MADRE	AN	1	FAC	Indicare la presenza di malformazioni in altri parenti madre: 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
162	EVENTUALI MALFORMAZIONI ALTRI PARENTI PADRE	AN	1	FAC	Indicare la presenza di malformazioni in altri parenti padre: 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
163	MALATTIE INSORTE IN GRAVIDANZA 1	AN	5	FAC	Se presente, indicare il codice ICD 9 CM (omettere il <i>punto</i>) della malattia rilevante insorta durante la gravidanza.	SE VALORIZZATO, VALIDO
168	MALATTIE INSORTE IN GRAVIDANZA 2	AN	5	FAC	Se presente, indicare il codice ICD 9 CM (omettere il <i>punto</i>) di altra malattia rilevante insorta durante la gravidanza.	SE VALORIZZATO, VALIDO

